

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Curso 2013 - 2014

Programa para la prevención integrada de la obesidad y las conductas de control de peso



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS, CAMPUS DE TERUEL
UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

...

Alumno: Daniel de Castro Marzo

Directora: Elena Espeitx Bernat

Índice:

Resumen/Abstract	P. 2
1. Introducción	P. 3
2. Fundamentación	P. 3
2.1. Factores determinantes de los problemas alimentarios	P. 5
2.2. Intervenciones previas sobre los hábitos alimentarios	P. 6
3. Objetivos	P. 8
4. Beneficiarios	P. 8
5. Metodología	P. 9
5.1. Participantes	P. 9
5.2. Procedimiento	P. 10
6. Recursos	P. 13
6.1. Recursos Humanos	P. 13
6.2. Recursos Materiales	P. 14
7. Evaluación	P. 14
8. Resultados esperados	P. 15
9. Conclusiones	P. 16
10. Referencias	P. 18

Resumen

La propuesta de intervención que se presenta a continuación apuesta por una prevención integradora que actúe sobre la obesidad y sobre las conductas de control de peso. Para ello, el programa trabaja sobre la educación nutricional, la imagen corporal y la influencia sobre los medios a lo largo de seis sesiones, con alumnos de entre 12 y 14 años en el propio centro educativo. La evaluación del programa se hará a través de tres recogidas de los cuestionarios KIDMED, BSQ y la Escala de Autoestima de Rosenberg en diferentes momentos, además de mediante el cálculo del Índice de Masa Corporal en esos tres momentos.

Palabras clave: Prevención integrada, Obesidad, Control de peso.

Abstract

The following intervention proposal, bets on an integrative prevention that acts on obesity and on weight control behaviors. To do this, the program works with the nutrition education, the body image and the influence of mass media along six sessions, with students between 12 and 14 years old, in their own school. The program evaluation will be made with the collecting by three times of the questionnaires KIDMED, BSQ and the Rosenberg Self-Esteem Scale in different moments and also calculating the Body Mass Index in the same three times.

Keywords: Integrative prevention, Obesity, Weight control.

1. Introducción

En el presente trabajo se desarrolla un programa de prevención integrada de la obesidad y las conductas problemáticas de control del peso. Dada la creciente incidencia de ambos tipos de problemas y las relaciones que la investigación ha encontrado entre ellos, el interés en este tipo de programas es creciente y en este caso se plantea un programa breve, de seis sesiones, que permita una mayor difusión. En la intervención se trabaja con alumnos de primer curso de la ESO en educación alimentaria, la imagen corporal y el efecto de los medios, temas cuya importancia ha sido demostrada en los problemas de conducta alimentaria y peso. La efectividad de la intervención será valorada a través del cuestionario de adhesión a la dieta mediterránea KIDMED, la Escala de Autoestima de Rosenberg y el cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire) de figura corporal, recogándose tres veces en el grupo participante para valorar los cambios durante la intervención y en el mismo número de ocasiones en un grupo control para comparar los resultados con los de la intervención. Además, tanto en el grupo de intervención como en el control se recogerán también tres mediciones de peso y altura para valorar los posibles cambios en el Índice de Masa Corporal.

2. Fundamentación

En nuestro contexto cultural, el “culto al cuerpo” mediante el ejercicio físico y la alimentación, adquirido una gran relevancia. Este “culto al cuerpo” es uno de los factores que contribuye a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia o la bulimia, especialmente en mujeres jóvenes. Un estudio de Morandé, Celada y Casas (1999) estimaba que entre 1985 y 1994 el porcentaje de casos había subido del 1,55% al 4,69% en adolescentes de 15 años de la ciudad de Madrid, y otros estudios más recientes aportan cifras de prevalencia que oscilan entre el 4 y el 17% en diferentes regiones de España (Olesti et al., 2007; Peláez, Labrador y Raich, 2007; Rivas, Bersabé y Castro, 2001). Por otro lado, si observamos los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el 12,5%

de los chicos y el 14% de las chicas de entre 2 y 17 años presentan un Índice de Masa Corporal por debajo de lo recomendado, lo que no deja de ser un dato preocupante.

Sin embargo se da una situación que podríamos calificar de paradójica, si tenemos en cuenta que esta posición central del “culto al cuerpo” curiosamente se comparte con la preocupación por una cada vez mayor tasa de obesidad y sobrepeso, como demuestran las investigaciones más recientes. Rodríguez-Rodríguez, et al. (2011) cifran en un 34,2% la población adulta con sobrepeso en España y en un 13,6% la población con obesidad. En conjunto, observamos que un total del 47,8% de la población española tiene problemas de peso, o lo que es lo mismo, casi la mitad de los adultos españoles de entre 18 y 60 años. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 elevan este porcentaje hasta el 53,7%, teniendo en cuenta a toda la población mayor de 18 años (por sexos, 63,15% en hombres y 44,18% en mujeres), creciendo en un 3,5% en los últimos 10 años, y un 14,3% desde el dato más antiguo registrado, de 1987.

Por otro lado, si tenemos en cuenta que múltiples estudios que relacionan el sobrepeso y la obesidad en la infancia con riesgos para la salud a largo plazo, como seguir padeciendo problemas de peso en la edad adulta y ser población con riesgo de sufrir patologías cardiovasculares (Serra-Majem et al., 2006; Guo y Cameron, 1999; Freedman, Dietz, Srinivasan y Bereneson, 1999; Power, Lake y Cole, 1997) aparece la población más joven como objetivo de investigación e intervención. En referencia precisamente a ellos, si comparamos los datos de 1988 aportados en el estudio de Serra-Majem et al. (2006) con los de Valdés y Royo-Bordonada (2012), podemos comprobar el aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad en la mayoría los rangos de edad, pero siendo especialmente preocupante la tasa que se alcanza entorno a la educación primaria, llegando a 35,7% en niños de entre 6 y 7 años, y a un 36,7% en aquellos de 8 y 9 años. Si nos remitimos de nuevo a la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, la más reciente a día de hoy, encontramos que el 27,8% de la población entre 2 y 17 años padece problemas por exceso de peso, concretamente un 9,6% por obesidad y un 18,2% por sobrepeso. Sánchez-Cruz et al. (2013) indican en su estudio unos porcentajes del 24% en la población entre 8 y 13 años

y del 20,3% entre los 14 y 17, cifras algo más bajas pero igualmente preocupantes y dignas de tener en cuenta.

2.1. Factores determinantes de los problemas alimentarios

Teniendo estos datos en cuenta, gran parte de la investigación se ha centrado en los últimos años en determinar qué factores se relacionan con el sobrepeso y la obesidad infantil. Entre otros aspectos, destaca la influencia de unos hábitos alimentarios inadecuados y perjudiciales. Como señala Fernández (2006), tiene especial importancia asegurar la variedad de la dieta de los adolescentes desde que son pequeños, no solo desde aspectos nutritivos sino también en variedad de sabores, texturas, colores... para asegurar la adecuada adquisición de hábitos alimentarios. En este mismo autor destaca que el consumo energético de los menores españoles es superior a lo recomendado, especialmente el de grasas y proteínas (principalmente las de origen animal) y sin embargo es deficiente en carbohidratos. El análisis de la evolución de los hábitos alimentarios en España en las últimas décadas, en lo que respecta al tipo y cantidad de alimentos consumidos, evidencia que nuestro país se ha puesto entre los menos consumidores de cereales y vegetales de la zona mediterránea, mientras que está a la cabeza en el consumo de carne y pescado (García-Closas, Berenguer y González, 2006). Por otro lado, Amigo et al. (2008) señalan un exceso de consumo de calorías por el consumo de alimentos de alta palatabilidad, que no provocan la saciedad del sujeto a pesar del alto contenido energético, como una de las causas de los problemas de sobrepeso actuales.

En el lado opuesto nos encontramos con las conductas alimentarias de riesgo que componen los trastornos por déficit de la conducta alimentaria. Rivas et al. (2001) en su estudio sobre prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga, encuentran un 4,9% de prevalencia de algún tipo de trastorno, pero identifican también un gran porcentaje de sujetos que presentan alguno o algunos de los criterios diagnósticos de la anorexia y bulimia nerviosa según el DSM-IV, aunque no puedan ser

diagnosticados por no cumplirlos todos. Ejemplo de ello son el 22% que llevaron a cabo conductas compensatorias, el 18% que hicieron ayuno y/o ejercicio excesivo y el 25% que cumplen el tercer criterio para el diagnóstico de anorexia nerviosa (Alteración de la percepción corporal y/o exageración de su importancia en la autoevaluación y/o negación del peligro que comporta su bajo peso). Estos resultados concuerdan con los realizados en otras regiones de España (Olesti et al., 2007; Rodríguez et al., 2001).

2.2. Intervenciones previas sobre los hábitos alimentarios

Diversos estudios han llegado a la conclusión de que un excelente medio para la intervención sobre estos problemas es el entorno escolar. Oliva et al. (2013) destacan el acceso a la unidad adolescente-familia-escuela como medio para una mayor efectividad de las intervenciones. También Ratner et al. (2013) los señalan, haciendo hincapié en que la intervención se haga a los tres niveles (el individuo, la escuela y el entorno). Los resultados de la intervención de Martínez et al. (2009) con alumnos de la eso muestran que el 47,4% había mejorado significativamente la calidad de su dieta, y del resto ninguno había empeorado. Cabe destacar también la revisión de Brown y Summerbell (2008), en la que analizaron los efectos de tres programas de intervención sobre la dieta, encontrando un importante efecto preventivo en 12 meses, al incrementar el sobrepeso y obesidad en un 7,5% en el grupo control mientras que en el grupo de intervención se mantuvieron en entorno al mismo nivel, decreciendo un 0,2%. Los mismos autores señalan también un aumento significativo en el Índice de Masa Corporal en el grupo control pero no en el de intervención a los 4 meses. En una revisión distinta, Summerbell et al. (2005) destacan también éste efecto preventivo en intervenciones de educación nutricional, además de una mejora en la alimentación, consumiendo más fruta y menos grasas y refrescos. Estas condiciones favorables han sido aprovechadas también por los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de Educación y Cultura del Gobierno de España a través del Programa PERSEO, orientado precisamente a promocionar hábitos de vida saludables frente a la obesidad. En cuanto al rango de edad, el estudio de Martínez et al. (2009) se

señala la adolescencia como etapa crítica en la formación de hábitos alimentarios por lo que sería la más adecuada para la intervención en este ámbito.

Por otro lado, en cuanto a intervenciones sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), López-Guimerà, Sánchez-Carracedo y Fauquet (2011), revisan la investigación previa para identificar las características más eficaces halladas en programas de intervención realizados hasta la fecha. Señalan la adolescencia como edad clave para la intervención, por ser clave en la aparición de los TCA, con programas relativamente breves que faciliten su divulgación e implantación. Estos se han mostrado más eficaces cuando son interactivas, con actividades intercaladas junto a la información y no se presentan como programas de prevención. Además, señalan en cuanto a temática la autoestima, manejo del estrés, aceptación corporal, comportamientos saludables de control de peso y análisis crítico del ideal de belleza.

Tras hacer este análisis, López-Guimerà et al. (2011) señalan lo interesante de una intervención en la que se trabaje con problemas de alimentación y peso en general, es decir, que actúe al mismo tiempo sobre los TCA y sobre los problemas de obesidad, dada la gran comorbilidad entre estos trastornos y sus múltiples causas comunes. Desde el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, junto a la Oficina de Salud de la Mujer y a través del programa BodyWise and BodyWorks (2005), también se ha impulsado este punto de vista, lanzando un dossier informativo sobre las relaciones entre ambos problemas, sus riesgos y consejos para desarrollar actitudes y conductas saludables frente a ellos. A esta conclusión llegan también otros autores, como Haines et al. (2006) o Neumark-Sztainer et al. (2010), que han elaborado ya las primeras intervenciones de este tipo, focalizando la atención especialmente en establecer las dietas recomendadas a la vez que se tratan aspectos individuales y sociales como la autoestima, imagen corporal y aceptación de las diferentes tallas, influencia de los medios, etc., por lo que las perspectivas para el desarrollo de nuevos programas de intervención en problemas alimentarios pasan para muchos por este tipo de planteamientos.

3. Objetivos

El objetivo general que se pretende alcanzar con este proyecto es la prevención de problemas alimentarios en la etapa de la adolescencia, concretamente centrándonos en el sobrepeso, la obesidad y las conductas de control de peso, a través de la intervención sobre los hábitos alimentarios de adolescentes de primer curso de la ESO. En cuanto a objetivos específicos para alcanzar este fin, podemos enumerar los siguientes:

- Identificar patrones alimentarios desequilibrados.
- Identificar conductas de control de peso problemáticas.
- Sensibilizar sobre los beneficios de una dieta adecuada y los alimentos más beneficiosos para la salud.
- Proporcionar pautas para una dieta equilibrada de acuerdo a las recomendaciones sanitarias.
- Motivar a los participantes hacia la adopción de estas pautas alimentarias saludables.
- Concienciar acerca de la irrealidad de determinados cánones de belleza difundidos en los medios de comunicación.
- Promover un cambio en la percepción de la imagen corporal propia.

4. Beneficiarios

El proyecto tiene unos beneficiarios directos claramente identificables, al estar orientado a adolescentes de primer curso de la ESO (12-14 años). No existe en principio ningún otro criterio a parte de la edad en cuanto a los participantes en la intervención, salvando casos especiales que pudiesen dificultarla (problemas alimentarios que exijan dietas específicas, alergias u otros aspectos similares) casos en los que se trataría de adaptar en la medida de lo posible la intervención a las características del adolescente.

Además, podemos incluir también como beneficiarios indirectos a las propias familias de los alumnos, que pueden beneficiarse tanto de la información que van a recibir los adolescentes como de la propia mejora en sus hábitos alimentarios y su dieta, que puede verse extendida a todos si colaboran con la intervención.

5. Metodología

a. Participantes

Empezando por las características de los participantes, éstos serán los alumnos de primer curso de la ESO del instituto donde se vaya a realizar la intervención. Teniendo en cuenta el número medio de alumnos por grupo educativo en Aragón, en torno a 24 según datos extraídos del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2011), se estima que pueden ser un total de entre 100 y 130 participantes en un centro de una localidad de tamaño medio o grande, en función del número de grupos. Como ya se ha mencionado, la edad de los participantes podría oscilar entre los 12 y 14 años en función de las fechas de nacimiento y de realización de la intervención, sin tener en cuenta casos excepcionales como pudieran ser alumnos repetidores. En todo caso, la edad no supondrá motivo de exclusión ya que la participación en el programa dependerá de la pertenencia al grupo de clase durante la realización de las sesiones. Por este motivo, no hay ninguna otra variable sociodemográfica a destacar entre los criterios de participación.

Además del grupo de participantes en el que se llevará a cabo la intervención, se hará otro grupo control. Para ello, se buscará un centro próximo y cuyas características en cuanto a número de alumnos sean similares. En este grupo se llevarán a cabo solo las actividades para la evaluación del programa.

b. Procedimiento

Para iniciar el programa, a lo largo del mes de junio nos pondremos en contacto con los centros seleccionados para los grupos de intervención y de control, exponiendo a quien corresponda (director, jefe de estudios u otro) la intervención. Atendiendo a las recomendaciones que nos aporta la investigación sobre programas anteriores (López-Guimerà et al., 2011; Stice y Shaw, 2004), se “encubrirá” parcialmente el objetivo fundamental de la intervención, para evitar que los participantes puedan tomar una actitud más defensiva. Para ello, se presentará como una intervención de educación nutricional e informaremos su duración y de los resultados que se esperan obtener en cuanto al cambio de hábitos alimentarios. También durante este periodo de tiempo se contactará con un nutricionista para preparar los contenidos de las actividades relacionadas con la alimentación en cada sesión, ajustándose a las características de los participantes.

Una vez sea aceptado el programa, se organizará una sesión informativa con los padres a lo largo del mes de septiembre, en la que se expondrá de la misma forma la intervención, solicitando el consentimiento informado para que su hijo/a participe en la intervención y cumplimente cuestionarios de evaluación, siempre garantizando su confidencialidad y sus fines únicamente orientados a conocer la efectividad del programa. Durante la reunión, nos mostraremos abiertos a resolver cualquier duda y solicitaremos su compromiso y apoyo a las actividades y propuestas ajustándose a los cambios que vaya trasladándoles el alumno y preguntándoles para que compartan con ellos lo que han aprendido y reforzando esos aprendizajes.

Tras estos pasos previos, daremos inicio a la intervención, que constará de seis sesiones mensuales de forma que, adecuándonos a las recomendaciones en base a los programas más efectivos, la intervención sea breve pero tenga una duración algo más larga en el tiempo, intentando así evitar dar mucha información en poco tiempo y que el impacto de ésta se diluya rápidamente. Además, se entregarán entre sesión y sesión pequeñas guías o folletos informativos con la información sobre lo último que se trabajó, de forma que sirva de guía y a la vez de recordatorio entre sesiones. Los temas que se tratarán en estas

sesiones se han planteado de acuerdo con la investigación previa de López-Guimerà et al. (2011) e intervenciones similares de Haines et al. (2006) y Neumark-Sztainer et al. (2010), en los que plantean el interés de tratar, además de la educación alimentaria, otros como la autoestima, la aceptación corporal o la influencia de los medios y su valoración crítica. Además, López-Guimerà et al. (2011) señalan también el interés de intercalar las actividades para informar, necesarias, con otras más interactivas, por lo que se introducen también preguntas para abrir los temas a tratar o para asentar la información recibida, tratando así de fomentar la participación como medio para motivar más a los alumnos hacia el cambio de hábitos, por ejemplo con actividades como iniciar los temas permitiéndoles compartir sus hábitos o estableciendo el menú semanal entre todos tras escuchar la información que se les da.

A continuación, se especifica el contenido de cada una de las sesiones:

SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN (20 a 24 de octubre de 2014)

<u>ACTIVIDADES:</u>	<u>OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación del programa (20') - Debate sobre sus hábitos actuales, compartir opiniones (20') - Cumplimentación de cuestionarios de evaluación (10') - Toma de medidas corporales de forma privada e individual durante la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer qué haremos - Informarnos de sus opiniones y conductas

SESIÓN 2: EL DESAYUNO (17 a 21 de noviembre de 2014)

<u>ACTIVIDADES:</u>	<u>OBJETIVOS</u>
<ul style="list-style-type: none"> - “¿Qué has desayunado hoy?” (5') - Información sobre el desayuno, aplicada a actividad anterior (15') - “¿Puedo desayunar mejor?” “¿Cómo?” (10') - “¿El cuerpo de qué famoso quiero tener?” “¿Es posible?” “¿Nos parecemos?” Avanzar en base a ejemplos y contraejemplos de los cánones extremos de belleza e imágenes irreales (20') 	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir hábitos sobre el desayuno - Informar sobre lo recomendado frente a lo que hacemos - Motivar hacia el cambio mediante autoevaluación de hábitos propios - Concienciar sobre los cánones irreales de belleza

SESIÓN 3: EL ALMUERZO Y LA MERIENDA (15 a 19 de diciembre de 2014)

<p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Repaso de los hábitos de desayuno (5') - “¿Almorzamos y merendamos?” “¿Qué?” (5') - Información sobre almuerzo/ merienda aplicada a la actividad anterior (10') - “¿Qué almorzaremos/ merendaremos a partir de mañana?” (10') - “¿Cuál es la silueta perfecta y cual la nuestra?” (10') - Explicamos y comentamos los resultados. (10') 	<p><u>OBJETIVOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir hábitos respecto al almuerzo y merienda - Informar sobre lo recomendado frente a lo que hacemos - Fijar unos nuevos hábitos en el almuerzo pensados por ellos mismos - Ser conscientes de la percepción errónea que tenemos de nuestro cuerpo
--	--

SESIÓN 4: LA COMIDA (12 a 16 de enero de 2015)

<p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Repaso de los hábitos de almuerzo y merienda(5') - “¿Comemos de todo?” (10') - Información sobre la comida aplicada a la actividad anterior (15') - Elaboración de un menú semanal saludable (20') - Para el próximo día, identificar información en los medios que promocióne hábitos poco saludable o cuerpos irreales y explicar por qué. 	<p><u>OBJETIVOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir hábitos respecto a la comida - Informar sobre lo recomendado frente a lo que hacemos - Establecer un menú semanal a través de la información recibida y el debate en clase. - Ser conscientes de la percepción errónea que tenemos de nuestro cuerpo. - Potenciar la capacidad crítica sobre los hábitos y modelos que envían los medios de comunicación
--	--

SESIÓN 5: LA CENA (9 a 13 de febrero de 2015)

<p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Repaso de la adopción del menú creado en la anterior sesión (5') - “¿Cuánto cenamos?” (10') - Información sobre la cena aplicada a la actividad anterior (10') - Completamos el menú semanal saludable incluyendo cenas (10') - Debate sobre la información de los “deberes” sobre la influencia de los medios (15') 	<p><u>OBJETIVOS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Compartir hábitos respecto a la cena - Informar sobre lo recomendado frente a lo que hacemos - Establecer un menú semanal a través de la información recibida y el debate en clase. - Potenciar la capacidad de expresar nuestra opinión crítica sobre la influencia de los medios
--	---

SESIÓN 6: ASPECTOS FINALES (9 a 13 de marzo de 2015)

<u>ACTIVIDADES:</u> <ul style="list-style-type: none">- Repaso de la adopción de todos los hábitos (10')- “¿Qué productos hemos sustituido?” “¿Por cuáles?” (10')- Valoración de los beneficios obtenidos por los cambios (10')- Consejos finales: mantener en el futuro los hábitos y hacer deporte moderado al menos dos días a la semana. (10')- Administración de cuestionarios para la evaluación del programa (10')- Toma de medidas corporales de forma privada e individual durante la sesión	<u>OBJETIVOS:</u> <ul style="list-style-type: none">- Recordar los cambios realizados- Afianzar estos cambios mediante la valoración de los beneficios obtenidos- Informar sobre lo recomendado
---	--

Adicionalmente a estas sesiones, se asistirá en la última semana de curso (las fechas variarán según el centro y sus actividades en esos días), para realizar una última vez los cuestionarios de evaluación del programa y la toma de medidas corporales, con el fin de comprobar el mantenimiento del efecto de la intervención un trimestre después de finalizar la misma.

Por último, cabe señalar que en las mismas fechas en que se recojan los cuestionarios de evaluación y las medidas corporales en el grupo participante se recogerán también en el grupo control de otro instituto, para la posterior evaluación del programa.

6. Recursos: Humanos y Materiales

a. Recursos Humanos

En cuanto a los recursos humanos, el profesional principal será un/a psicólogo/a, preferentemente especializado en conducta alimentaria, que hará de guía de las sesiones y actividades a desarrollar en la clase. Además, será necesaria la colaboración inicial de un/a

nutricionista, que participe en la preparación de la temática sobre alimentación según las recomendaciones que desde su rama de conocimiento se hagan para adolescentes de la edad indicada y un/a enfermero/a para la toma de medidas de peso y talla.

b. Recursos Materiales

Respecto a los recursos materiales, se espera disponer del aula de clase y su mobiliario (mesas y sillas), así como de un proyector y ordenador para el pase de diapositivas con el material didáctico que corresponda. Además, se prepararán folios y bolígrafos por si fuesen necesarios para los alumnos. Se prepararán también dossiers o folletos con la información relativa a cada sesión.

Para la evaluación del programa, se prepararán las copias necesarias de los test, teniendo en cuenta que serán necesarias tres copias por alumno para el inicio, final de la intervención y final de curso y será necesario disponer también de una balanza y un metro para tomar las medidas corporales necesarias para conocer el Índice de Masa Corporal de los participantes.

7. Evaluación

Para la evaluación de los cambios sobre la conducta alimentaria, se administrará el cuestionario KIDMED, cuestionario basado en los hábitos alimentarios de la dieta Mediterránea compuesto por 16 preguntas de respuesta dicotómica (+1/-1), que da un resultado total de entre 0 y 12 puntos, donde más de 8 se considera una dieta óptima (Serra-Majem et al., 2004).

Respecto a los cambios en la autoestima se elige la Escala de Autoestima de Rosenberg en su versión española, por su amplia aplicación en estudios con adolescentes y su brevedad, al estar compuesto por 10 ítems con cuatro opciones de respuesta (Muy de

acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo, muy en desacuerdo) validada en población general por Baños y Guillén (2000).

Por otro lado, para medir la satisfacción con la imagen corporal, se elige el cuestionario BSQ (Body Shape Questionnaire), validado en su versión española por Raich et al. (1996). Éste se compone de 34 ítems puntuables entre 1 y 6 puntos cuya puntuación se suma, estableciéndose 105 como el punto de corte entre patológico y no patológico. Al igual que la Escala de Autoestima de Rosenberg, el BSQ ha sido ampliamente utilizado en población adolescente (Baile, Guillén y Garrido, 2002; Ballester et al., 2002; Cava et al., 2010), y a pesar de estar inicialmente indicado para población femenina ha sido utilizado en ambos sexos sin alterar sus buenos resultados métricos (Baile, Guillén y Garrido, 2002; Ballester et al., 2002).

Los cuestionarios se cumplimentarán en la primera y última sesión, además de al finalizar el curso, valorando así no solo los cambios durante la intervención si no también el mantenimiento de éstos en los meses posteriores a acabar el programa.

Finalmente, se tomarán también en tres ocasiones medidas corporales (peso y altura) para calcular el Índice de Masa Corporal y poder observar así la evolución del mismo durante el desarrollo del programa y en los meses posteriores a finalizarse.

Por otro lado, estos mismos cuestionarios se cumplimentarán también en las mismas fechas por el grupo control perteneciente a otro instituto, con el fin de comparar los resultados para evaluar la efectividad del programa y se tomarán también las tres mediciones de peso y altura.

8. Resultados esperados

A través de la presente intervención, cabe destacar en primer lugar que se esperan obtener resultados a medio o largo plazo. Si nos atenemos a la investigación previa en

intervenciones similares, y dado el carácter preventivo de ésta, se espera observar que la tasa de prevalencia del sobrepeso y la obesidad se mantiene o reduce mínimamente, dado que el objetivo a través del cambio de hábitos alimentarios no es reducir si no prevenir, lo que en los sujetos con problemas de éste tipo significaría no eliminar sino frenar del problema. Efectos similares se esperan en el rango de los sujetos con Índice de Masa Corporal más bajo, si la intervención es efectiva podríamos esperar que la adopción de un mejor patrón alimentario, una mayor autoestima y mejor imagen corporal hará que su IMC no decrezca más o que suba unos puntos.

Además, fuera del ámbito de las patologías relacionadas con el peso, se esperan encontrar cambios significativos en el consumo de alimentos mejorando el de los más saludables, como la fruta, verdura, pescado y lácteos, frente a una reducción en aquellos con grasas y azúcares, como son la comida rápida, chucherías o bollería.

Finalmente, se espera encontrar una mejora en la autoestima y la percepción del cuerpo, aspectos importantes a trabajar tanto en los casos de sobrepeso y obesidad como especialmente en los TCA.

9. Conclusiones

El principal objetivo de esta intervención es, junto a la finalidad preventiva de la misma, progresar en el ámbito de los programas de prevención integradora, propuesta reciente y en la que hay todavía mucho que avanzar. En este sentido, los programas previos que se han observado son más extensos, con varias fases y por lo general a lo largo de todo un curso escolar. Por ello, y atendiendo a investigaciones que aconsejan programas más cortos y con un componente más interactivo con los alumnos, se ha decidido proponer un formato más corto y que involucre más a los participantes como novedades respecto a las intervenciones integradoras previas. Sin embargo, esto da lugar también a una serie de limitaciones, que está por ver en qué grado podrían llegar a afectar a la efectividad del programa. La principal de ellas en nuestra opinión es el dejar de lado el componente de

actividad física, que seguramente podría mejorar los resultados, pero requeriría un mayor número de sesiones. Sin embargo, centrándonos en el carácter preventivo y tratando de elegir la opción que más beneficie tanto a los problemas de Trastornos de la Conducta Alimentaria como a los de sobrepeso y obesidad, se optó por elegir la educación nutricional y trabajo sobre la imagen corporal y los medios como la más adecuada para una intervención breve.

No obstante, y teniendo en cuenta lo novedoso de estas propuestas, hay un amplio margen de mejora e investigación a raíz de los resultados que ofrezcan este y otros programas integradores.

10. Referencias

- Amigo, I., Busto, R., Herrero, J. y Fernández, C. (2008). Actividad física, ocio sedentario, falta de sueño y sobrepeso infantil. *Phsicothema*, 20, 516-520.
- Ballester, D., de Gracia, M., Patiño, J., Suñol, C. y Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: un estudio de prevalencia. *Actas españolas de psiquiatría*, 30, 207-312.
- Baños, R. M. y Guillén, V. (2000). Psychometrics characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of de Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports*, 87, 269-274.
- Brown, T. y Summerbell, C. (2008). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews*, 10, 110-141.
- Cava, M. J., Buelga, S., Musitu, G. y Murgui, S. (2010). Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal. *Revista de Psicodidáctica*, 15, 21-34.
- Fernández, P. M. (2006). Dietary habits and nutritional status of school aged children in Spain. *Nutrición hospitalaria*, 21, 374-378.
- Freedman, D., Dietz, W., Srinivasan, S. y Berenson, G. (1999). The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the bogalusa heart study. *Pediatrics*, 103, 1175-1182.
- García-Closas, R., Berenguer, A. y González, C. A. (2006). Changes in food supply in Mediterranean countries from 1961 to 2001. *Public Health Nutrition*, 9, 53-60.
- Guo, S. S. y Cameron, W. (1999). Tracking of body mass index in children in relation to overweight in adulthood. *American Journal of Clinical Nutrition*, 70, 145S-148S.
- Haines, J., Neumark-Sztainer, D., Perry, C. L., Hannan, P. J. y Levine, M. P. (2006). V. I. K. (Very Important Kids): a school-based program designed to reduce teasing and unhealthy weight-control behaviors. *Health Education Research. Theory & Practice*, 21, 884-895.

- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D. y Fauquet, J. (2011). Programas de prevención universal de las alteraciones alimentarias: metodologías de evaluación, resultados y líneas de futuro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, 125-147.
- Martínez, M. I., Hernández, M. D., Ojeda, M., Mena, R., Alegre, A. y Alfonso, J. L. (2009). Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Nutrición Hospitalaria*, 24, 504- 510.
- Ministerio de Educación (2011). *Sistema estatal de indicadores de la educación, edición 2011*. Recuperado el 15 de septiembre de 2014, de <http://www.mecd.gob.es/dctm/ievaluacion/indicadores-educativos/seie-2011.pdf?documentId=0901e72b810b3cc3>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Presentación de la Encuesta Nacional de Salud: ENSE 2011-2012*. Recuperado el 5 de mayo de 2014, de <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/PresentacionENSE2012.pdf>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Ministerio de Educación y Cultura (2005). Programa PERSEO. Recuperado el 1 de junio de 2014, de http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/es/programa/secciones/programa_perseo.shtml.
- Morandé, G., Celada, J. y Casas, J. J. (1999). Prevalence of eating disorders in a spanish school-age population. *Journal of adolescenthealth*, 24, 212-219.
- Neumark-Sztainer, D. R., Friend, S. E., Flattum, C. F., Hannan, P. J., Story, M. T., Bauer, K. W., Feldmand, S. B. y Petrich, C. A. (2010). New Moves—Preventing Weight-Related Problems in Adolescent Girls: A Group-Randomized Study.
- Olesti, M., Piñol, J. L., Martín, N., de la Fuente, M., Riera, A., Bofarull, J. M. y Ricomá, G. (2007). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de pediatría*, 68, 18-23.
- Oliva, R., Tous, M., Gil, B., Longo, G., Pereira, J. L. y García, P. P. (2013). Impacto de una intervención educativa breve a escolares sobre nutrición y hábitos saludables impartida por un profesional sanitario. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 1567-1573.

- Peláez, M. A., Labrador, F. J. y Raich, R. M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid
- Power, C., Lake, J. K. y Cole, T. J. (1997). Measurement and long-term health risks of child and adolescent fatness. *International Journal of Obesity*, 21, 507-526.
- Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Clos, I. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud*, 7, 51-66.
- Ratner, R., Durán, S., Garrido, M. J., Balmaceda, S., Jadue, L. y Atalah, E. (2013). Impacto de una intervención en alimentación y actividad física sobre la prevalencia de obesidad en escolares. *Nutrición Hospitalaria*, 28, 1508-1514.
- Rivas, T., Bersabé, R. y Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga. *Salud Mental*, 24, 25-31.
- Rodríguez, A., Novalbos, J. P., Martínez, J. M., Ruíz, M. A., Fernández, J. R. y Jiménez, D. (2001). Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of adolescent health*, 28, 338-345.
- Rodríguez-Rodríguez, E., López-Plaza. B., López-Sobaler, A. M. y Ortega, R. M. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. *Nutrición Hospitalaria*, 26, 355-363.
- Sánchez-Cruz, J. J., Jiménez- Moleón, J. J., Fernández-Quesada, F. y Sánchez, M. J. (2013). Prevalencia de obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista Española de Cardiología*, 66, 371-376.
- Serra-Majem, L., Aranceta, J., Pérez-Rodrigo, C., Ribas-Barba, L. y Delgado-Rubio, A. (2006). Prevalence and determinants of obesity in Spanish children and young people. *British Journal of Nutrition*, 96, S67-S72.
- Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C. y Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7, 931-935.
- Stice, E. y Shaw, H. (2004). Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 130, 206-227.
- Valdés, J. y Royo-Bordonada, M. A. (2012). Prevalence of childhood obesity in Spain; National Health Survey 2006-2007. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 154-160.